Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações

NOTA TÉCNICA Nº 718/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Orientações sobre vigilância, medidas de prevenção, controle e de biossegurança para casos e contatos relativo a Variante de atenção e/ou preocupação (VOC) Indiana B.1.617 e suas respectivas sublinhagens.

2. **ANÁLISE**

2.1. Antecedentes

2.2. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, a Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (covid-19) como Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional. Em 04 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil declarou a covid-19 como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Desde a identificação do agente etiológico, no final de dezembro de 2019, e desde o início da pandemia em janeiro de 2020 a partir da China, até o final da Semana Epidemiológica (SE) 20 de 2021, que encerou no dia 22 de maio, foram confirmados 166.699.143 casos de covid-19 no mundo e 16.047.439 no Brasil. Em relação aos óbitos, foram confirmados 3.454.000 no mundo e 448.208 no Brasil. O coeficiente de incidência bruto no mundo ao final da SE 20 foi de 21.385,9 casos para cada 1 milhão de habitantes, o Brasil apresentou uma taxa de 75.782,8 casos para cada 1 milhão de habitantes, não estando na lista dos 20 países de maior incidência, mas ocupando a 22ª posição. Em relação ao coeficiente de mortalidade (óbitos por 1 milhão de hab.), o mundo apresentou no mesmo período uma taxa de 443,1 óbitos/1 milhão de habitantes e o Brasil apresentou um coeficiente de mortalidade de 2.116,6 óbitos/1 milhão hab., ocupando o 7º lugar no ranking mundial da mortalidade por covid-19.

2.3. A covid-19 por ser uma doença recente e pandêmica trouxe vários aspectos novos para serem estudados e monitorados, a fim de se conhecer a história da doença, tanto nas áreas clínica e epidemiológica, quanto laboratorial. Os resultados das análises genômicas do vírus SARS-CoV-2 demonstram que sua capacidade de mutação exige fortalecimento nas medidas contínuas de prevenção e controle da doença.

2.4. Variantes do vírus SARS-CoV-2

2.5. O vírus SARS-CoV-2, assim como outros vírus, sofre mutações esperadas e para avaliar a caracterização genômica, na rede de vigilância laboratorial de vírus respiratórios do MS, no Brasil, existe um fluxo de envio para os laboratórios de referência (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/RJ, Instituto Evandro Chagas – IEC/PA e Instituto Adolfo Lutz – IAL/SP), de um quantitativo de amostras confirmadas para a covid-19, por RT-qPCR, para sequenciamento genômico e outras análises complementares, se forem consideradas necessárias.

2.6. E é sabido que desde sua caracterização genômica inicial o vírus SARS-CoV-2 se divide em diferentes grupos genéticos ou clados e quando ocorrem mutações específicas, estas podem estabelecer uma nova linhagem (ou grupo genético) do vírus em circulação. Também é comum ocorrer vários processos de microevolução e pressões de seleção do vírus, podendo haver algumas mutações adicionais e, em função disso, gerar diferenças dentro daquela linhagem. Quando isso acontece, caracteriza-se como

uma nova variante daquele vírus e, quando as mutações ocasionam alterações relevantes clínico-epidemiológicas, como maior gravidade e maior potencial de infectividade, essa variante é classificada como *variant of concern* (VOC), em inglês e em português traduzido para variante de atenção e/ou preocupação.

2.7. Estas variantes de atenção e/ou preocupação (VOC) são consideradas preocupantes devido às mutações que podem conduzir ao aumento da transmissibilidade e ao agravamento da situação epidemiológica nas áreas onde forem identificadas. Desta forma, a vigilância de síndromes respiratórias, com especial atenção para a vigilância genômica, é importante para a saúde pública no enfrentamento da covid-19.

2.8. Em colaboração com os especialistas de sua rede de instituições e pesquisas no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia rotineiramente as variantes do vírus SARS-CoV-2. Essas análises observam principalmente se o comportamento das novas variantes resulta em mudanças na transmissibilidade, na clínica da doença e também na gravidade; algumas alterações podem sugerir a tomada de decisão, das autoridades nacionais para implementação de novas medidas de prevenção e controle da doença. Uma vigilância genômica estabelecida e oportuna colabora no fortalecimento de tais orientações, e com o atual cenário pandêmico, essa é uma ferramenta orientadora para a tomada de decisão dos gestores.

2.9. Recentemente, dentro do grupo de trabalho da OMS sobre a evolução das linhagens das variantes do vírus SARS-CoV-2, a variante de interesse (*variants of interest* - VOI) da linhagem B.1.617 foi designada como variante de atenção e/ou preocupação (VOC), devido ao potencial de relevantes mutações e pelo fato de estar sendo identificada globalmente. Observa-se, por meio das sequências depositadas no GISAID, a variante de linhagem B.1.617 foi identificada em todas as seis regiões da OMS. Embora essa linhagem já tenha outras três sublinhagens (B.1.617.1, B.1.617.2 e B.1.617.3) e que sugerem diferentes situações de transmissibilidade, ainda é escassa a evidência sobre as diferenças entre as três sublinhagens. Então, no momento, a OMS designou a linhagem B.1.617 como uma VOC com base nas evidências observadas nas análises da variante em comparação com outras variantes circulantes.

2.10. E conforme boletim epidemiológico da Organização Mundial da Saúde (OMS), disponível em: https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---25-may-2021, existem quatro principais variantes de atenção e/ou preocupação (VOC) sob a vigilância dos países:

- VOC B.1.1.7, VOC202012/01 ou 201/501Y.V1, do Reino Unido: identificada em amostras de 20 de setembro de 2020, já foi notificada em 149 países.
- VOC B.1.351 ou VOC202012/02 ou 20H/501Y.V2, da África do Sul: identificada em amostras do começo de agosto de 2020, já foi notificada em 102 países.
- VOC B.1.1.28.1 ou P.1 ou 20J/501Y.V3, do Brasil/Japão: identificada em amostras de dezembro de 2020, já foi notificada em 59 países.
- VOC B.1.617 da Índia e sua sublinhagens: a B.1.617.1 em 41 países, a B.1.617.2 em 54 países, a B.1.617.3 em 6 países e sem sublinhagem especificada em 7 países.

2.11. No Brasil, em 9 de janeiro de 2021, a VOC P.1 foi identificada no Japão, entre viajantes que estiveram em Manaus/AM. Em seguida, foi identificada em amostras de pacientes de Manaus/AM, coletadas a partir de dezembro de 2020. Considerando que o sequenciamento genômico está sendo realizado por vários laboratórios do país e que nem todos pertencem à Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, muitos resultados podem ter sido notificados apenas aos municípios ou estados ou, até mesmo, ainda não terem sido notificados a nenhum ente do Sistema Único de Saúde, tendo sido apenas depositados em sites abertos de sequenciamento genômico.

2.12. A partir dessas informações foi instituído um monitoramento das variantes de atenção e/ou preocupação (VOC) ao nível nacional e dessa forma, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS realiza levantamento semanal com as Secretarias de Saúde, das Unidades Federadas (UF) sobre os resultados liberados dos sequenciamentos genômicos informados pela rede laboratorial de referência. E e entre 9 de janeiro a 27 de maio de 2021, com base nos relatórios recebidos, e que foram oficialmente notificados às secretarias de saúde, observa-se 3.979 registros de casos da covid-19 pelas de variantes de atenção e/ou preocupação (VOC), identificados em 25 UF do Brasil, sendo: 3 casos da VOC B.1.351 (África do Sul); 8 (oito) casos da VOC B.1.617, da sublinhagem B.1.617.2 (Índia); 120 da VOC B.1.1.7 (Reino Unido)

identificada em 12 unidades federadas do país; e 3.848 da VOC P.1 (Brasil), esses dados estão descritos na Tabela 1.

2.13. Tem sido notado um incremento importante, nos registros dos casos de VOC, o que está diretamente relacionado ao fortalecimento da capacidade laboratorial e metodológica no desenvolvimento de sequenciamento de amostras do vírus SARS-CoV-2, pela rede de referência para vírus respiratórios para o MS (Fiocruz/RJ, IEC/PA e IAL/SP), que além de desenvolver o diagnóstico, também capacitam equipes para apoiar a rede de laboratórios neste atual cenário pandêmico.

2.14.

Tabela 1. Casos confirmados e notificados de variantes de atenção e/ou preocupação (VOC) por sequenciamento genômico e Unidade Federada. Brasil, da SE 02 até a SE 21 incompleta (27/05/21).

Unidade Federada (UF)		**VOC P.1**	**VOC B.1.1.7**	**VOC B.1.351**	**VOC B.1.617**	**Total**
1	Acre	2				2
2	Alagoas	45	1			46
3	Amapá	5				5
4	Amazonas	854	1			855
5	Bahia	96	13			109
6	Ceará	68				68
7	Distrito Federal	214	5			219
8	Espírito Santo	20	9			29
9	Goiás	190	10			200
10	Maranhão	27			6*	33
11	Mato Grosso do Sul	3.977				37
12	Minas Gerais	153	23		1*	177
13	Pará	94				94
14	Paraíba	230				230

15	Paraná	173	6			179
16	Pernambuco	26				26
17	Piauí	1				1
18	Rio de Janeiro	817	26		1*	844
19	Rio Grande do Norte	1				1
20	Rio Grande do Sul	49				49
21	Roraima	9				9
22	Santa Catarina	172	3			175
23	São Paulo	381	22	3		406
24	Sergipe	180	1			181
25	Tocantins	4				4
Brasil		**3.848**	**120**	**3**	**8**	**3.979**

Fonte: Relatórios semanais enviados pelas equipes de vigilâncias das secretarias de saúde, das unidades federadas, em 27/05/21. Dados sujeitos a alterações.
*Todas 8 (oito) identificações referem-se a VOC B.1.617 da sublinhagem B.1.617.2 e são de casos importados - conforme investigação epidemiológica.

2.15. As Secretarias de Saúde, das UF, juntamente com as Secretarias Municipais de Saúde, estão realizando investigação epidemiológica dos casos de covid-19 que tiveram resultado para SARS-CoV-2 confirmado para a VOC e procurando identificar os vínculos epidemiológicos. Observa-se que entre os 3.848 casos de VOC P.1, 30,7% (1.180) são de casos importados, provenientes de locais com circulação da P.1 ou de casos que tiveram vínculo com alguém que esteve nessa área de circulação com P.1; 49,7% (1.913) sem vínculo com área de circulação de P.1;13,9% (537) casos com investigação epidemiológica em andamento e 5,7% (218) sem possibilidade de informação de vínculo. Em relação a identificação de casos da VOC B.1.1.7 - Reino Unido, foram observados 120 registros no país, dos quais, 12,5% (15) são de casos importados, provenientes de locais com circulação da B.1.1.7 ou de casos que tiveram vínculo com alguém que esteve nessa área de circulação com B.1.1.7; 80,8% (97) sem vínculo com área de circulação de B.1.1.7; 5,8% (7) são casos com investigação epidemiológica em andamento e 0,9% (1) sem possibilidade de informação de vínculo No estado de São Paulo, foram identificados, três (3) casos da VOC B.1.351, que na investigação foi observado que não havia vínculo com área de circulação da linhagem da variante. E foi identificada a VOC B.1.617, sublinhagem B.1.617.2 no estado Maranhão, Rio de Janeiro e Minas Gerais, na investigação observou-se que são casos importados, provenientes de local com circulação da VOC.

RECOMENDAÇÕES PARA AS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE E DO DISTRITO FEDERAL

2.16. Considerando as orientações do Guia de Vigilância Epidemiológica - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 – Covid-19, que é o documento norteador vigente sobre o tema, reforça-se as medidas necessárias para biossegurança dos profissionais de saúde envolvidos nas ações, que estão prestando atendimento aos pacientes diagnosticados com SARS-CoV-2.

2.17. Entre as medidas indicadas pelo MS, estão as não farmacológicas, como distanciamento social, etiqueta respiratória e de higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfeção de ambientes e isolamento de casos suspeitos e confirmados, conforme orientações médicas. Ademais, o MS recomenda ainda a vacinação contra a covid-19 dos grupos prioritários, conforme o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação e a testagem desses profissionais.

2.18. Devem seguir as recomendações de Biossegurança destinadas aos profissionais da saúde que trabalham com agentes infecciosos. Constitui a primeira linha de proteção, os equipamentos de proteção individual (EPI):

- Gorro descartável;
- Óculos de proteção ou protetor facial total;
- Máscara do tipo PFF2 (N95 ou equivalente);
- Luva de procedimento;
- Avental de mangas compridas; e
- Calçados fechados.

2.19. Todos os procedimentos técnicos devem ser realizados de modo a minimizar a geração de aerossóis e gotículas.

2.20. O uso universal de máscaras deve ser uma exigência para todos os trabalhadores da saúde e por qualquer pessoa dentro de unidades de saúde, independente das atividades realizadas. Todos os trabalhadores da saúde e cuidadores que atuam em áreas clínicas devem utilizar máscaras cirúrgicas de modo contínuo durante toda a atividade de rotina. Em locais de assistência a pacientes covid-19 em que são realizados procedimentos geradores de aerossóis, recomenda-se que os profissionais da saúde usem máscaras de proteção respiratória (padrão N95 ou PFF2 ou PFF3, ou equivalente), bem como demais Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

2.21. Considerando a situação epidemiológica atual do Brasil, que encontra-se em fase crítica da pandemia; o risco da introdução da VOC indiana em território nacional, decorrente do atendimento dos pacientes supramencionados com SARS-CoV-2 VOC B.1.617.2; as incertezas científicas acerca da transmissibilidade, da clínica e da gravidade da VOC indiana B.1.617 (e respectivas sublinhagens) e se há necessidade de alterações nas orientações de medidas sociais, preventivas e de saúde pública; e o risco adicional que a circulação desta nova VOC pode trazer à população brasileira, recomenda-se rastrear toda cadeia de contatos.

- Contatos primários que atuaram no atendimento médico do caso
- Respectivos contatos secundários dos contatos primários: contato domiciliar, familiar, laborar ou qualquer outro vínculo
- Contatos terciários (contatos dos casos secundários)

2.22. O rastreamento e monitoramento dos contatos próximos dos casos suspeitos e confirmados de covid-19 deve ser realizado conforme preconizado pelo Guia de vigilância da covid-19, que recomenda o isolamento dos contatos por 14 dias com o objetivo de diminuir a propagação da covid-19, pois os contatos podem iniciar a transmissão do vírus SARS-CoV-2, mesmo que ainda estejam assintomáticos. Os contatos precisam ser rastreados e listados com o objetivo de identificar as pessoas que estiveram com um caso suspeito ou confirmado no período de transmissibilidade da doença, ou seja, 48 horas antes do início dos sintomas (para os casos sintomáticos) ou até 48 horas antes da data da coleta do exame (para os casos assintomáticos) até 10 dias após o início dos sintomas. Para essa estratégia ser mais efetiva, recomenda-se que o isolamento seja realizado a partir de um caso suspeito de covid-19. Dessa

forma, é possível isolar novos casos e prevenir o surgimento de uma próxima geração de infecções a partir de um caso índice. Adicionalmente, deve-se realizar o monitoramento dos contatos com o intuito de identificar precocemente os sinais e sintomas da doença sob suspeita e orientar a busca por atenção médica.. Orienta-se que município, Estado e Distrito Federal utilizem o módulo de monitoramento de contatos do e-SUS Notifica.

2.23. Embora haja uma definição de contato no referido Guia, considerando o risco de disseminação da variante VOC B.1.167 e suas sublinhagens para a população das Unidades Federadas do Brasil, recomenda-se que as equipes de vigilância em saúde utilizem critério mais sensível e conservador e rastreie todas as pessoas que estiveram próximas ao caso suspeito e/ou confirmado, conforme prazo indicado; isole-as por 14 dias, se possível; e monitore os sinais e sintomas. A exceção para o isolamento precisa ser avaliada para os profissionais de saúde que atuam na sua rotina com pacientes com covid-19.

2.24. Adicionalmente, para os contatos primários, secundários e terciários da cadeia de transmissão, orienta-se a realização de testagem por RT-PCR em tempo real. Considerando o período de incubação médio da covid-19, deve-se aguardar um período mínimo de 5-6 dias após a única ou última exposição com os referidos casos para coletar a amostra clínica. Qualquer contato testado e com RT-PCR em tempo real detectável para SARS-CoV-2, deve ter sua amostra direcionada para sequenciamento genômico, desde que atenda aos critérios técnicos. Os contatos com resultado não detectável do RT-PCR em tempo real devem repetir o exame no 14º dia após a única ou última exposição, pois esse é período de incubação máximo para covid-19. Uma vez sendo identificado que um desses contatos apresente sintomas de Síndrome Gripal, o mesmo deve ser imediatamente isolado por 14 dias e testado imediatamente por RT-PCR em tempo real e seus contatos (secundários ou terciários ao caso índice) devem ser rastreados, monitorados e testados com RT-PCR no período indicado. Estas medidas mais específicas sobre testagem em contatos são altamente indicados, tendo em vista a necessidade de se controlar a transmissão da COVID-19 pelo vírus SARS-CoV-2 VOC B.1.617.2 e prevenir a disseminação dessa variante em território nacional.

2.25. A notificação de todos os casos suspeitos e/ou confirmados, em acordo com as definições de caso e o quadro clínico dos indivíduos, devem ser realizadas nos sistemas oficiais de informação: e-SUS Notifica e SIVEP-Gripe.

2.26. Faz-se necessário que as diretrizes e protocolos citados na PORTARIA Nº 654, DE 28 DE MAIO DE 2021, a qual dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa sejam efetivamente aplicadas e observadas nos locais que se enquadram sua orietações (acesso pelo link: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-654-de-28-de-maio-de-2021-322920763).

ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS AÇÕES DE VIGILÂNCIA GENÔMICA

2.27. A pandemia causada pela covid-19 está gerando importantes impactos biomédicos, epidemiológicos e socioeconômicos em escala global. Muitas variantes do vírus SARS-CoV-2 estão circulando no mundo e outras ainda surgirão ao longo do tempo. Mesmo o aparecimento de mutações sendo um evento natural e esperado dentro do processo evolutivo de qualquer vírus RNA, particularmente o SARS-CoV-2, nota-se uma necessidade de cuidados com as novas variantes.

2.28. A maioria das mutações emergentes não tem impacto importante na disseminação do vírus. Entretanto, algumas mutações ou combinações de mutações podem fornecer ao vírus uma vantagem seletiva, como maior transmissibilidade ou capacidade de evadir a resposta imune do hospedeiro. Estas variantes de atenção e/ou preocupação (VOC) são importantes devido às mutações que podem conduzir ao aumento da transmissibilidade e ao agravamento da situação epidemiológica nas áreas onde forem identificadas.

2.29. Desta forma, a vigilância de síndromes respiratórias, com especial atenção para a vigilância genômica, juntamente com outras áreas de atuação, construíram um Plano Vigilância Genômica do vírus

SARS-CoV-2 no âmbito da SVS/MS, disponibilizado no *link* https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/vigilancia-genomica-do-virus-sars-cov-2. No plano são descritas todas as orientações, fluxos e critérios epidemiológicos para a vigilância genômica do vírus SARS-CoV-2, enfatiza-se que o documento foi descrito conforme todas as diretrizes da OMS, e sempre que necessário será atualizado.

COMUNICAÇÃO

2.30. A comunicação e esclarecimento de dúvidas a respeito do tema supracitado deve ser feito, prioritariamente, por meio do e-mail: gripe@saude.gov.br.

2.31. No MS, os dados das VOC são analisados e informados semanalmente no Boletim Epidemiológico Especial da COVID-19, que pode ser acessado na página oficial do MS, pelo *link* https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos/numeros-recentes.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 654, DE 28 DE MAIO DE 2021. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, de qualquer nacionalidade, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Disponível em https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-654-de-28-de-maio-de-2021-322920763
- Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/. [Acessado em 17 de maio de 2021].
- Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 – Covid-19. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view [Acessado em 17 de maio de 2021].
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos/numeros-recentes
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Vigilância Genômica do vírus SARS-CoV-2 no âmbito da SVS/MS. Disponível em:https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/vigilancia-genomica-do-virus-sars-cov-2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 127/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Atualização dos dados sobre variantes de atenção do SARS-CoV-2 no Brasil, até 20 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/fevereiro/23/nota-tecnica-n-
- 127-2021-novas-variantes.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). covid-19. Disponível em: https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19
- Organização Mundial da Saúde. WHO Coronavirus Disease (covid-19) Dashboard. Disponível em: https://covid19.who.int/
- Organização Mundial da Saúde. 2021, SARS-CoV-2 genomic sequencing for public health goals: Interim guidance, 8 January 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-genomic_sequencing-2021.

3. **CONCLUSÃO**

3.1. As recomendações desta nota técnica estão de acordo com as informações disponíveis no momento e poderão ser atualizadas no caso do surgimento de novas evidências científicas.

3.2. Reforça-se a necessidade da adoção das medidas de prevenção e controle; investigação epidemiológica com rastreamento, isolamento, monitoramento de contatos;, testagem por teste rápido de

antígeno e RT-PCR e intensificação da vigilância genômica para minimizar o risco de disseminação da variante indiana para a população brasileira.

3.3. As orientações técnicas sobre testes rápidos de antígenos serão publicadas em nota técnica específica.

FRANCIELI FONTANA SUTILE TARDETTI FANTINATO
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações

LAURÍCIO MONTEIRO CRUZ
Diretor Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

Documento assinado eletronicamente por **Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato**, **Coordenador(a)-Geral do Programa Nacional de Imunizações**, em 01/06/2021, às 15:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Lauricio Monteiro Cruz**, **Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis**, em 01/06/2021, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0020820360** e o código CRC **BE22D32A**.

Referência: Processo nº 25000.080546/2021-08 SEI nº 0020820360

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações - CGPNI
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br